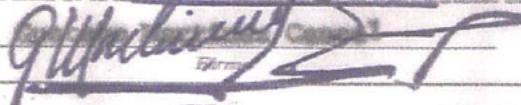


1. SÍMBOLOS DE CONTABILIDAD							Estado Libre Asociado de Puerto Rico OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Apartado 8476, Estación Fernandez Juncos Santurce, Puerto Rico 00910	2. Certificación Nú 3. Fecha de la Certifi
A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asig.	Objeto		
73	278	77	01	**	75	112		

NOTIFICACION DE  
NOMBRAMIENTO Y JURAMENTO

INSTRUCCIONES: Use este formulario para todo nombramiento en el Servicio de Carrera y en el Servicio de Confianza. Use un formulario para nombramiento. La Agencia utilizará este formulario para notificar la fecha en que el empleado comenzará a prestar servicios. Por consiguiente, no ser sometido antes de la persona empezar a trabajar. El apartado 20 "Juramento" deberá ser firmado por el empleado en el espacio provisto. Acum este documento con el Historial Personal (OCAP-1), Examen Médico (OCAP-12)Certificación de Verificación de Requisitos (OCAP-29), Declaración Ir dual y Certificado de Nacimiento. Distribución: Original será retenido por la agencia, primera y segunda copia la O.C.A.P., tercera copia Departamen Hacienda (Contaduría), cuarta copia Asociación de Empleados, quinta copia a Sistemas de Retiro, sexta copia al empleado.

4. Nombre del Empleado: <b>Lopez Perez, Santa I.</b> (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)	5. Nombre según aparece en el Seguro Social <b>Santa I. Lopez Perez</b>	6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
Si se trata de una mujer casada siga este orden: (1) Apellido paterno seguido de la preposición "DE" (2) Apellido del esposo y (3) Nombre		
8. Dirección del empleado <b>Calle 21 Abo 4 Dpto. Villa Universitaria, Humacao</b>	7. Número del Seguro Social <b>REDACTED</b>	9. Agencia, Negociado o División, Sección o Unidad y Pueblo <b>Departamento de Servicios Sociales, Sociedad Serv. a la Pob. Ley Seg. Social Título 1 Oficina Regional de Humacao</b>
10. Título de Clasificación del Puesto <b>Técnico Servicios Sociales I</b>	11. Número de Clase <b>1505</b>	12. Número del Puesto <b>123-456-563</b>
13. Clase de Nombramiento <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input checked="" type="checkbox"/> Transitorio  <input type="checkbox"/> En el Servicio de Confianza _____	14. Sueldo Mensual \$ <b>563</b> Diferencial _____ Total\$ _____	
15. Fecha de efectividad del Nombramiento <b>AUG 21 1980</b>	16. Fecha en que expira el período probatorio o el nombramiento <b>En o antes 30/junio/</b>	17. Anterior Incumbente <b>Vacante</b>
18. Título de Clasificación del Puesto <b>Técnico Servicio en Sociales I</b>		
19. Firma de la autoridad nombradora o su representante autorizado: 	Seor. Aux. de Adm. Título _____	14/agosto/80 Fecha _____

20. JURAMENTO DE FIDELIDAD Y DE TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO O EMPLEO

Yo, **Santa I. Lopez Perez** de **mayor** edad, **canada** (Soltero o Casado), **Técnico Servicios Sociales** (Nombre del cargo o empleo) vecino de **Humacao** (Pueblo), juro solemnemente que mantendré y defenderé la Constitución de los Estados Unidos y la Constitución de Puerto Rico y las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico contra todo enemigo interior o exterior; que prestaré fidelidad y adhesión a las mismas; y que ascienda a ejercer. Así me agrega Dijo:

**21. agosto 1980** (Fecha)  
  
AFFIDAVIT NÚM. **1892**

Suscribo y juro ante mí por **Santa I. Lopez Perez** (Nombre) de las circunstancias personales antes expresadas y a la fecha de **21** de **agosto** de **80** de acuerdo con lo establecido en \_\_\_\_\_

**Santa I. Lopez Perez** (Firma del Empleado o Funcionario)

**Joylene Hernandez Pava**

Firma y Dirección del Notario Público o del Funcionario Autorizado que toma el Juramento

**APROBADO**  
DEPARTAMENTO DE  
SERVICIOS SOCIALES  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Nº 20 USD PARA USO EXCLUSIVO DE OCAP

21. Recibido en OCAP:	22. Nombramiento aprobado y registrado por: <b>JOYLENE HERNANDEZ PAVA</b>	23. Fecha
-----------------------	--	-----------

OCAP 15  
Especial  
10-N

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL  
Santurce, Puerto Rico

INFORME DE CAMBIO ESPECIAL NUMERO 34820

Cifra de Cuenta 00-213-77-01-75-112

Símbolo 1505

Servicios Sociales

TEX. Local Trabajo

DEPARTAMENTO O AGENCIA

UNIDAD DE TRABAJO

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado, a virtud de lo dispuesto por la Ley 90 del 9 de julio de 1986, la cual provee un aumento de sueldo de carácter general para los empleados públicos a partir del primero de octubre de 1986.

López Pérez Santos I.

NOMBRE DEL EMPLEADO

**REDACTED**

-5126

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

**Trabajando**

STATUS DEL EMPLEADO

TEX 476

Número del Puesto

Montes Servicios Sociales I

Título de Clasificación

13

Escala de Retribución

\$624,00

\$862,00

Minimo

Máximo

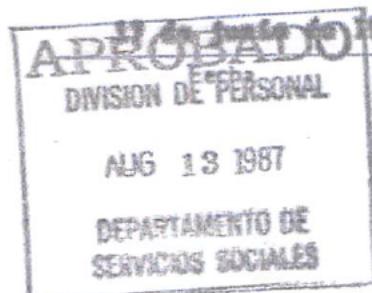
ANTES DEL CAMBIO	DESPUES DEL CAMBIO
Sueldo Mensual. (sin diferencial) <u>\$624,00</u>	<u>\$862,00</u>

Observaciones:

*Carmen L. González, Ayudante Rep.  
del Señor. Asst. de Pres. y Rec. Humanos*

*Carmen L. González*  
Firma de la Autoridad Nombbradora o su  
Representante Autorizado

ma/ewm/m



**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES:**  
**LEA AL DORSO**

**Exhibit Page 3 of 7**

ESTADO DE PUERTO RICO  
OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL  
Apartado 8476, Estación Fernández Juncos, Santurce, P. R.

**2. Número de Seguro Social del Empleado**

REDACTED

三

## INFORME DE CAMBIO

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Puesto Núm. <b>T-111-444</b> <b>López Pérez, Santa J.</b>	Puesto Núm.
4. Estado Civil		
5. Departamento o Agencia	<b>Servicios Sociales</b>	
6. División	<b>Socet. Am. Soc. a la Fam.</b>	
7. Unidad o Sección	<b>Ley Seguridad Social T-111</b>	
8. Ubicación geográfica del puesto	<b>Servicio Local Mayor</b>	
9. Categoría del Empleado		
10. Status del Empleado	<b>Transitorio</b>	
11. Título de Clasificación	<b>Titular Servicios Soc. I</b>	<b>En el orden 30/junio/87</b>
12. Sueldo	<b>\$104.00 - 679.00</b>	
12a. Diferencial		
13. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
14. Descuento para Seguro Social		
15. Descuento para Aportación Sistema de Retiro		
16. Descuento para Servicios Médicos		
17. Descuento para Ahorros (A.E.R.L.A.)		
18. Descuento para Seguro (A.E.E.L.A.)		
19. Otros Descuentos		
20. Fecha de Efectividad		<b>1ro, de enero de 1987</b>

---

### 20. Ficha de Elastícidos

100, da esmaga de 1927

22. Indique si se trata de:  Ascenso  Cambio de Categoría  Cambio de Status  Ascenso o Traslado Transitorio  
 Descenso  Reclassificación  Reinstalación  Reubicación  Traslado  Nuevo Nombramiento  Aumento de Su

23. En caso de cambio a otra agencia indique — Licencia a acreditarse: Compensatorio \_\_\_\_\_ días.

Licencia Enfermedad \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días, Licencia Regular \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días.

	Fecha de Separación (Último día de Pago)	Licencia Sin Paga	Fecha de Efectividad de la Separación
24. Renuncia			
25. Separación			
26. Destitución			
27. Cesantía			

28. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

29. Muerte: \_\_\_\_\_ Último día \_\_\_\_\_ Participante de Retiro \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ de pago: \_\_\_\_\_  Sí  No

30. Clase de Licencia:  Para estudio       Especial con paga       Maternidad  
 Militar sin Sueldo       Sin Sueldo

Duración: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
31. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Comiendo a la gente de comunidades del norte

32. Si el cambio de puesto es por Certificación de Electores indica: Certificación de Electores Mismos.  
Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior trabajante:

33. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante firmará aquí: *Orlando Sánchez*

35. Aprobado para James G. Cawthon, Agosto 5 de 1942.

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OCAP DISTRIBUCIÓN DE**

Revisado o Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ **SEÑAL DE REVISIÓN**

-41-ICFR.

-41-IGPR

**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES:**  
**LEA AL DORSO**

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
 OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL  
 Apartado 8476, Estación Fernández Juncos, Santurce, P. R.

**INFORME DE CAMBIO**

2. Número de Seguro Social del Empleado

**REDACTED**

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Puesto Núm. <u>704-000</u> <u>López Pérez, Susana L.</u>	Puesto Núm.
4. Estado Civil	<u>Basada en Matrimonio</u>	
5. Departamento o Agencia	<u>Servicio Soc. a la Fam.</u>	
6. División	<u>Ley Seguridad Social TAN</u>	
7. Unidad o Sección	<u>Ojalava Local Fam.</u>	
8. Ubicación geográfica del puesto		
9. Categoría del Empleado		
10. Status del Empleado	<u>Trabajador</u>	<u>En el cargo 11/1987</u>
11. Título de Clasificación	<u>Técnico Subordinado Sec. I</u>	
12. Sueldo	<u>\$61.00 - 679.00</u>	
12a. Diferencial		
13. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
14. Descuento para Seguro Social		
15. Descuento para Aportación Sistema de Retiro		
16. Descuento para Servicios Médicos		
17. Descuento para Ahorros (A.E.E.L.A.)		
18. Descuento para Seguro (A.E.E.L.A.)		
19. Otros Descuentos		
20. Fecha de Efectividad		<u>1av. de julio de 1987</u>

SÍMBOLOS DE CONTABILIDAD	A. F.	Fondo	Agen-	Div.	Sub-	Asig-	Objeto	A. F.	Fondo	Agen-	Div.	Sub-	Asig-	O
--------------------------	-------	-------	-------	------	------	-------	--------	-------	-------	-------	------	------	-------	---

22. Indique si se trata de:  Ascenso  Cambio de Categoría  Cambio de Status  Ascenso o Traslado Transitorio  
 Descenso  Reclassificación  Reinstalación  Reubicación  Traslado  Nuevo Nombramiento  Aumento de S

23. En caso de cambio a otra agencia indique -- Licencia acreditarse: Compensatorio \_\_\_\_\_ días.  
 Licencia Enfermedad \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días, Licencia Regular \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días.

	Fecha de Separación (Último día de Pago)	Licencia Sin Paga	Fecha de Efectividad de la Separación
--	---	-------------------	---------------------------------------

24. Renuncia

25. Separación

26. Destitución

27. Cesantía

28. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: De A

29. Muerte: Último día Participante de Retiro  
 Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ de pago:  Sí  No

30. Clase de Licencia:  Para estudio  Especial con paga  Maternidad  
 Militar sin Sueldo  Sin Sueldo

Duración: DE

31. Comentario: Residente a la fecha de presentación del presente

32. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm.  
 Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente:

33. Si el cambio es a otra agencia elija la agencia de suorigine el cambio o su representante autorizado firmante ante:

Oficina de la Oficina Agricola Familiar, de la  
Sociedad Familiar, de Familia y Bienestar Social

35. Aprobado por: Reyes, Luis, Agente, Esp. de la  
Sociedad Familiar, de Familia y Bienestar Social

Revisado o Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OCAP

DEPARTAMENTO DE  
SERVICIOS SOCIALES

APROBADO  
DIVISIÓN DE PERSONAL

AUG 13 1987

**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES:**  
**LEA AL DORSO**Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL  
Apartado 8476, Estación Fernández Juncos, Santurce, P. R.

1. Número del Cambio

10355

2. Número de Seguro Social del Empleado

REDACTED

5116

**INFORME DE CAMBIO**

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio							Después del Cambio						
	Puesto Núm.							Puesto Núm.						
3. Nombre del Empleado	12986													
4. Estado Civil	Santa T. López Pérez													
5. Departamento o Agencia	Servicios Sociales													
6. División	Sec. Aux. Serv. a la Familia													
7. Unidad o Sección	Ley Seg. Soc. T-XX													
8. Ubicación geográfica del puesto	Oficina Local - Yauco													
9. Categoría del Empleado	De Carrera													
10. Status del Empleado	Regular													
11. Título de Clasificación	Técnico Serv. Soc. I													
12. Sueldo	\$769.00													
12a. Diferencial														
13. Descuento para Contribución sobre Ingresos														
14. Descuento para Seguro Social														
15. Descuento para Aportación Sistema de Retiro														
16. Descuento para Servicios Médicos														
17. Descuento para Ahorros (A.E.R.L.A.)														
18. Descuento para Seguro (A.E.R.L.A.)														
19. Otros Descuentos														
#Escala 18														
#Clase 1506														
20. Fecha de Efectividad	1 noviembre 1990													

21. SÍMBOLOS DE CONTABILIDAD	A. F.	Fondo	Agencia	Dív.	Sub-Dív.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Dív.	Sub-Dív.	Asignación	Objeto
	90	777	077	04	-	075	1110							

22. Indique si se trata de:  Ascenso  Cambio de Categoría  Cambio de Status  Ascenso o Traslado Transitorio  
 Descenso  Reclassificación  Reinstalación  Reubicación  Traslado  Nuevo Nombramiento  Aumento de Sueldo

23. En caso de cambio a otra agencia indique — Licencia acreditarse: Compensada \_\_\_\_\_ días,  
 Licencia Enfermedad \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días, Licencia Regular \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días.

	Fecha de Separación (Último día de Pago)	Licencia Sin Paga	Fecha de Efectividad de la Separación
24. Renuncia			
25. Separación			
26. Destitución			
27. Cesanía			

28. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: De A

29. Muerte: Último día Participante de Retiro  
 Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ de pago:  Sí  No

30. Clase de Licencia:  Para estudio  Especial con paga  Maternidad  
 Militar sin Sueldo  Sin Sueldo

Duración: DE A

31. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Reclassificación por Circular - 2-90 Anexo EE-027  
 Página 22, Línea 4A. Autorizado en carta de Oficina de Presupuesto y Gerencia del 3 oct. 1990

32. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm.  
 Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbiente:

33. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origina el cambio o su representante autorizado firmará aquí:

34. Firma del empleado en caso que sea necesario PROBADO  
 Depto. Servicios Sociales

35. Aprobado por \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_ Fecha en que se prenderá 30 noviembre 1990  
 Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

36. PARA USO EXCLUSIVO DE LA OCAP  
 Fechas:  11/06/90  11/07/90  11/08/90  
 Revisado o Aprobado por:  11/06/90  11/07/90  11/08/90  
 Secretaría Auxiliar de Personal y Recursos Humanos



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de la Familia

2 de marzo de 2017

Lcda. Glorimar Andujar Matos  
Secretaria Departamento de la Familia  
San Juan, Puerto Rico

Sra. Marilyn Ponce, Directora  
Oficina Regional Departamento de la Familia  
Ponce, Puerto Rico

Sra. Israel Burgos Yelez  
Director Centro Servicios Integrados  
Yauco, P.R.

Sra. Naimi Mattel Santiago  
Supervisora Local ADFAN

Santa Iris Lopez Perez  
TSFIII ADFAN

### RENUNCIA AL PUESTO DE TECNICA SERVICIOS A FAMILIAS III

Someto mi renuncia al puesto de Tecnica Servicios a Familias III, correspondiente a la Oficina Local de Yauco, Region de Ponce para acogerme a la Pension por edad y años de servicios efectivo al 31 de julio de 2017.

Ha sido para mi de mucha satisfaccion haber trabajado en el Departamento de la Familia y haber aportado a mejorar la calidad de vida de muchas familias puertorriqueñas.

Prime Clerk | A Division of DUFF & PHELPS

CLOSE

Creditor Data Details - Claim # 31868

Creditor	Debtor Name	Claim Number
IRIS LOPEZ PEREZ, SANTA,	Employee Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	31868
	Date Filed	Schedule Number
	06/25/2018	1207777

Claim Amounts

Claim Nature	Schedule Amount	C* U* D*	Asserted Claim Amount	C* U* F*	Current Claim Value	Claim Status
General Unsecured	Undetermined	C U				
Priority						
Secured			Unliquidated	C U	\$0.00	Pending Objection
503(b)(9) Admin Priority			Unliquidated	C U	\$0.00	Pending Objection
Admin Priority						
Total	\$0.00		\$0.00		\$0.00	

\*C=Contingent, U=Unliquidated, D=Disputed, F=Foreign

Objection History

Date Filed	Objection Motion	Date Filed	Objection Order	Basis	Status
12/12/2019	<a href="#">Debtor's Omnibus Objection to Claims - One Hund...</a>			Deficient	Pending

Prime Clerk maintains this website for the public's convenience and for general informational purposes only. Anyone using this website is advised to refer to the relevant information contained on the Courts' Websites, and any user of this website should not rely on information found on this website. We accept cases open, anything reduced or not included on this website. We